

# RESIDÊNCIA MÉDICA

## 2023

UFRJ	CGABEG	HCA	HCE	HFAG	INCA	SES
------	--------	-----	-----	------	------	-----

### PROVA DE ESPECIALIDADES CLÍNICAS

#### INSTRUÇÕES

1. Verifique se o Nº DE INSCRIÇÃO e o seu NOME coincidem com os impressos na FOLHA DE RESPOSTAS.
2. Esta prova compõe-se de 50 questões, escolha múltipla, de conhecimentos em Clínica Médica
3. Cada questão apresenta 04 (quatro) opções e apenas uma resposta correta.
4. A maneira correta de marcar a sua opção encontra-se indicada na folha de respostas. **Utilize caneta azul ou preta. Assine a folha de repostas NA ÁREA CORRETA, DEMARCADA. NÃO rasure a folha de respostas**
5. A prova terá a duração de 2 horas (das 9:30h às 11:30h), **incluindo o tempo de marcação na folha de respostas**.
6. Ao ser dado o sinal para início da prova, abra o caderno e **verifique se ele está completo, com 10 (DEZ) páginas (frente e verso)**.
7. Os últimos 03 (três) candidatos, ao terminarem a prova, só poderão retirar-se da sala juntos.
8. **OS FISCAIS, ALÉM DE NÃO CONHECEREM O CONTEÚDO DA PROVA, NÃO ESTÃO AUTORIZADOS A RESPONDER OU ESCLARECER DÚVIDAS SOBRE AS QUESTÕES.**
9. **ATENÇÃO: EM HIPÓTESE ALGUMA HAVERÁ SUBSTITUIÇÃO DO CARTÃO DE RESPOSTAS, MESMO EM CASO DE MARCAÇÃO INCORRETA.**

1. Homem, 80 anos, sem história de doenças prévias, é internado por dispneia aos pequenos esforços. Eletrocardiograma (ECG): sinais de baixa voltagem. Ecocardiograma: hipertrofia ventricular esquerda e aumento de ambos os átrios. A hipótese diagnóstica mais provável é:

- a) hipotireoidismo
- b) cardiopatia hipertensiva
- c) amloidose
- d) tamponamento pericárdico

2. Pode-se afirmar que a paciente com melhor indicação para receber adequação de cálcio e vitamina D, além de tratamento medicamentoso para perda óssea, é uma senhora de:

- a) 57 anos, com história prévia de fratura de fêmur por queda da própria altura e T-score -1,3 desvios-padrão
- b) 71 anos, T-score -2,2 desvios-padrão e escore FRAX de baixo risco
- c) 48 anos, Z-score -2,6 desvios-padrão
- d) 82 anos, T-score -1,6 desvios-padrão e corpos vertebrais com alturas preservadas às radiografias de colunas torácica e lombar

3. Mulher, 45 anos, com síndrome de Sjogren, apresenta quadro de diarreia com importante depleção de volume e, conseqüente, desenvolvimento de acidose metabólica. Pode-se afirmar que o dado sugestivo de que essa acidose seja secundária à diarreia e não ao desenvolvimento de acidose tubular renal distal é:

- a) pH urinário elevado
- b) ânion gap sérico normal
- c) ânion gap urinário positivo
- d) excreção renal de K<sup>+</sup> aumentada

4. Homem, 72 anos, queixa-se de fala trêmula e tremores bilaterais nas mãos que pioram com o estresse e interferem nas atividades cotidianas como alimentação e escrita. Relata sintomas semelhantes em tios e primos. Exame físico: tremor postural e cinético. Exames laboratoriais: glicemia jejum = 89mg/dL; hemoglobina glicada (Hb1Ac) = 5,4%; hormônio tireoestimulante (TSH) = 3,50mUI/L; tiroxina (T4) livre =

1,1ng/dL; vitamina B12 = 550ng/L; ácido fólico = 7ng/ml. Pode-se afirmar que opção terapêutica mais adequada é a prescrição de:

- a) sertralina
- b) propranolol
- c) levodopa
- d) metimazol

5. Homem, 40 anos, apresenta dor nos seios paranasais com drenagem nasal purulenta e sanguinolenta. Exame físico: perfuração de septo nasal; tosse e dispneia aos mínimos esforços. Radiografia de tórax: nódulos cavitários múltiplos e bilaterais. Na internação, evoluiu com proteinúria e hematúria decorrente de insuficiência renal aguda com glomerulonefrite crescêntica rapidamente progressiva. A principal hipótese diagnóstica e o mais provável anticorpo relacionado, respectivamente, são:

- a) poliarterite nodosa / ANCA anti-MPO (mieloperoxidase)
- b) poliangiíte microscópica / ANCA anti-MPO (mieloperoxidase)
- c) granulomatose com poliangiíte (*Wegener*) / ANCA anti-PR3 (proteinase-3)
- d) granulomatose eosinofílica com poliangiíte / ANCA anti-PR3 (proteinase-3)

6. Pode-se afirmar que o exame com maior utilidade no diagnóstico de aspergilose broncopulmonar crônica é:

- a) dosagem de galactomanana sérica
- b) cultura para fungos da secreção respiratória
- c) dosagem de imunoglobulina sérica
- d) microscopia para fungos da secreção respiratória

7. Mulher, 24 anos, com diagnóstico recente de infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), sem uso de outros medicamentos, deve receber inicialmente terapia antirretroviral com:

- a) tenofovir + lamivudina + raltegravir
- b) tenofovir + lamivudina + dolutegravir
- c) lamivudina + dolutegravir
- d) lamivudina + darunavir

8. Homem, 73 anos, apresenta dor moderada e limitação do arco de movimento do quadril. Radiografia simples: aumento da densidade do trabeculado ósseo do fêmur, espessamento cortical e redução do espaço articular coxofemoral. Exames laboratoriais: elevação da fosfatase alcalina; níveis séricos de cálcio e fósforo normais. Pode-se afirmar que a hipótese diagnóstica mais provável e a terapia farmacológica melhor indicada, respectivamente, são:

- a) tumor marrom do hiperparatireoidismo / calcitonina
- b) osteoporose / alendronato de sódio
- c) doença de Paget / ácido zoledrônico
- d) mieloma múltiplo / corticoterapia

9. Pode-se afirmar, sobre a relação entre obesidade e câncer, que:

- a) o excesso de peso aumenta o risco de cânceres de pulmão, ósseo e pele, devido a fatores pró-inflamatórios que podem agredir células saudáveis
- b) estudos recentes comprovam que a obesidade não é mais um fator de risco para o desenvolvimento de câncer de rins
- c) as células precursoras do câncer não podem ser ativadas por células de gordura, mas a concentração de hormônios presentes nos obesos pode estimular a proliferação celular e, assim, o desenvolvimento de câncer
- d) o excesso de peso aumenta o risco de cânceres de esôfago, pâncreas, colorretal, mama, vesícula biliar, endométrio e rins

10. Pode-se afirmar que os sinais e sintomas mais frequentes na fibromialgia são:

- a) dor; depressão; dispneia; disfagia
- b) depressão; fraqueza muscular; tremor e dor
- c) ansiedade; tremor; instabilidade na marcha; dor
- d) fadiga; ansiedade; depressão; dor e distúrbios do sono

11. Mulher, 65 anos, com *diabetes mellitus* (DM) tipo 2, em uso de inibidores do cotransportador de sódio-glicose 2 (SGLT2) e bloqueador do receptor de angiotensina (BRA), tem incontinência urinária há 5 anos e

quadro de cistite de repetição. Ademais, relata que sua mãe, também, tinha cistite de repetição. Pode-se afirmar, com relação aos fatores de risco para infecção do trato urinário de repetição (ITU), que:

- a) incontinência urinária e DM são fatores de risco pós-menopausa
- b) o uso de BRA aumenta a aderência da *Escherichia coli* ao epitélio urovaginal
- c) o uso de inibidores da SGLT2 provoca glicosúria, diminuindo o risco de ITU
- d) a história de ITU de repetição materna, não é fator de risco, pois não há relação com fatores genéticos

12. Homem, 26 anos, previamente hígido, é atendido no Setor de Emergência com queixa de tosse com sangue vivo rutilante, cerca de 80 a 100ml, que iniciou há 4 horas. Nega outros sinais e sintomas. É tabagista eventual de 5 a 10 cigarros/semana e usa maconha recreativa. Exame físico: pressão arterial sistêmica (PAS) = 120x80mmhg; frequência cardíaca (FC) = 103bpm; saturação periférica de oxigênio (SpO<sub>2</sub>) = 97% em ar ambiente; temperatura axilar (Tax) = 37,2°C; ansioso; normocorado; hidratado; anictérico; acianótico; ausculta pulmonar normal. Pode-se afirmar que:

- a) exame de imagem é imprescindível para elucidação diagnóstica
- b) está indicado o início imediato de tratamento para tuberculose pulmonar
- c) embolização da artéria brônquica está indicada pelo volume do sangramento
- d) é um caso de hemoptise maciça que deve ser tratada com broncoscopia

13. Homem, 64 anos, no 5º dia de pós-operatório de gastrectomia por neoplasia gástrica, em tratamento de infecção respiratória, apresenta piora súbita da dispneia. Pode-se afirmar, para diagnóstico de trombose venosa profunda (TVP) e tromboembolismo pulmonar (TEP), que o D-dímero:

- a) tem elevada especificidade para TEP
- b) pode estar elevado na ausência de TVP ou TEP
- c) é mais sensível para TVP do que para TEP
- d) é especialmente útil em pacientes hospitalizados

14. Mulher, 70 anos, com hipertensão arterial sistêmica (HAS) e dislipidemia, é admitida no Setor de Emergência com história de ter sido encontrada, em casa, desorientada, sonolenta e “suja de urina”. História Patológica Progressiva: um episódio de ataque isquêmico transitório. Em uso regular de: ácido acetilsalicílico 100mg; clopidogrel 75mg; atenolol 100mg e atorvastatina 20mg. Exame físico: FC = 97bpm; frequência respiratória (FR) = 24irpm; PAS = 160x95mmHg; Tax = 38,5°C; SpO<sub>2</sub> = 95% em ar ambiente; sonolenta; responde quando chamada, mas é pouco cooperativa; hipocorada (2+/4); icterica (1+/4); hipohidratada (2+/4+); movimenta os 4 membros sem perda de força; avaliação dos reflexos profundos normais. Exames laboratoriais: hemoglobina (Hb) = 9,0g/dL; hematócrito (Ht) = 29%; leucócitos = 14.000/mm<sup>3</sup> (predomínio de segmentados); plaquetas = 35.000/mm<sup>3</sup>; sódio = 145meq/L; potássio = 3,8meq/L; bicarbonato = 20meq/L; glicose = 100mg/dL; ureia = 70mg/dL; creatinina = 3,2mg/dL; bilirrubina total = 2,4mg/dL; lactato desidrogenase (LDH) = 460U/L; fibrinogênio = 250mg/dL; tempo de tromboplastina parcial ativado (PTTa) = 33s/32s; tempo de atividade da protrombina (TAP) = 14s/15s. Hematoscopia: anisopoiquilocitose; muitos esquizócitos; trombocitopenia. Pode-se afirmar que a hipótese diagnóstica mais provável e a melhor conduta inicial, respectivamente, são:

- púrpura trombocitopênica trombótica associada ao clopidogrel / suspender o clopidogrel e iniciar plasmaférese
- púrpura trombocitopênica imunológica associada ao clopidogrel / suspender o clopidogrel e iniciar corticosteróide
- sepsse bacteriana / iniciar corticosteróide e antibioticoterapia empiricamente
- coagulação intravascular disseminada / hidratação generosa e iniciar antibioticoterapia

15. A elevação da calprotectina fecal de um paciente com diarreia crônica foi atribuída a uma pancolite, cujo

diagnóstico inicial foi de retocolite ulcerativa.

Posteriormente, questionou-se a modificação do diagnóstico para doença de Crohn. Pode-se afirmar que, na evolução clínica desse paciente, houve o surgimento de:

- abscesso intrabdominal
- megacólon tóxico
- hematoquezia maciça
- úlcera retal profunda

16. Mulher, 28 anos, obesa, apresenta-se ao consultório oftalmológico com queixa de cefaleia intensa intermitente e obscurecimento visual, também de caráter intermitente. Exame oftalmológico: edema de disco bilateral. Exame de campo visual manual: aumento da mancha cega e contração das isópteras em ambos os olhos. Ressonância nuclear magnética (RNM) de crânio e órbitas com contraste: normais. A hipótese diagnóstica mais provável é:

- toxoplasmose
- neurite óptica
- hipertensão intracraniana idiopática
- neuropatia óptica isquêmica anterior

17. Pode-se afirmar, sobre as manifestações extra-intestinais da doença inflamatória intestinal (DII), que:

- pioderma gangrenoso geralmente tem curso independente da DII
- eritema nodoso ocorre exclusivamente em pacientes com retocolite ulcerativa
- síndrome de Sweet é um achado específico da doença de Crohn
- estomatite aftosa recorrente raramente associa-se com a DII

18. Pode-se afirmar que a célula gástrica produtora de ácido clorídrico e o efeito tóxico dos medicamentos antiinflamatórios não-esteroidais (AINE) na mucosa gástrica são:

- principal / inibição da ciclooxigenase-2
- parietal / inibição da ciclooxigenase-1
- parietal / inibição da ciclooxigenase-2
- principal / inibição da ciclooxigenase-1

**19. Profissional de saúde, não vacinado contra hepatite B (HBV) é vítima de um acidente com material biológico, cujo paciente fonte é antígeno de superfície da hepatite B (HBsAg) reator. Pode-se afirmar que a abordagem mais adequada é com:**

- a) vacina e imunoglobulina contra HBV
- b) lamivudina e vacina contra HBV
- c) imunoglobulina contra HBV
- d) vacina contra HBV

**20. Na síndrome de Guillain-Barré, é importante iniciar o tratamento precocemente a fim de se reduzir a necessidade de ventilação mecânica e aumentar a chance de recuperação total no longo prazo. Pode-se afirmar, neste contexto, que a proposta terapêutica melhor indicada é:**

- a) corticosteroide em dose alta ou imunoglobulina venosa
- b) imunoglobulina venosa ou corticosteroide em dose alta
- c) corticosteroide em dose alta ou plasmaférese
- d) imunoglobulina venosa em dose alta ou plasmaférese

**21. Mulher, 28 anos, apresenta episódios de "sibilância", tosse e dispneia esporádica quando exposta à poeira. Refere cerca de 2 episódios/ano. Espirometria revelou índice de Tiffenau = 64% e volume expiratório forçado no primeiro segundo (VEF1) = 62% do previsto. Pode-se afirmar que a proposta terapêutica melhor indicada é:**

- a) corticoesteroide inalatório associado um agente  $\beta 2$  agonista de longa duração e um agente antimuscarínico
- b) neste estágio, corticosteroide inalatório contínuo ou corticosteroide inalatório associado a um  $\beta 2$  agonista de longa duração sob demanda
- c) inicialmente, corticosteroide oral seguido de corticosteroide inalatório associado a um agente  $\beta 2$  agonista de longa duração, uso contínuo
- d) inicialmente, corticosteroide oral seguido de corticosteroide inalatório associado a um agente antimuscarínico

**22. Mulher, 50 anos, está em investigação de síndrome consumptiva há 1 mês. Exame físico: rash eritematoso anular em virilha e região glútea. Exame laboratorial inicial: glicemia de jejum = 230 mg/dL. A seguir, o exame laboratorial mais adequado para confirmar a hipótese diagnóstica mais provável é a dosagem de:**

- a) peptídeo C sérico em jejum
- b) VIP (*vasoactive intestinal peptide*) plasmático
- c) glucagon plasmático
- d) gastrina sérica

**23. Homem, 45 anos, inicia tratamento para tuberculose pulmonar. Um mês depois, procura o Setor de Emergência por apresentar icterícia. Exames laboratoriais: hepatograma com transaminases normais e bilirrubina aumentada com predomínio da bilirrubina direta. Pode-se afirmar que é mais provável que o fármaco responsável pelo quadro clínico seja:**

- a) pirazinamida
- b) isoniazida
- c) rifampicina
- d) etambutol

**24. Homem, 53 anos, com insuficiência renal crônica em iminência de diálise realiza sorologias de hepatites virais. O resultado revela: HbsAg +; anticorpo contra o core do vírus da hepatite B (anti-Hbc) +; anticorpo contra o antígeno de superfície da hepatite B (anti-Hbs) +. Pode-se afirmar que a explicação mais provável desse resultado é:**

- a) hepatite B em um passado remoto
- b) período de janela imunológica
- c) vacinação prévia para hepatite B
- d) HbsAg de um subtipo com heterotipo do anti-Hbs

**25. Mulher, 65 anos, fisicamente ativa, procura atendimento com geriatra buscando um envelhecimento saudável. Refere episódios de diarreia alternando com constipação, edema discreto de membros inferiores no final do dia, e às vezes se sente ansiosa. Nega comorbidades, etilismo ou tabagismo. Exame físico sem alterações. Pode-se afirmar que as medidas preventivas melhor indicadas são:**

- a) pesquisa de hiperlipidemia, diabetes, osteoporose e aneurisma de aorta abdominal
- b) rastreio de câncer com mamografia; ultrassonografia transvaginal e colonoscopia
- c) vacinação com a vacina tríplice bacteriana (DTP) e contra influenza, pneumococo e herpes zoster
- d) investigação de síndrome depressiva, síndrome edemigênica e síndrome do intestino irritável

**26. Homem, 70 anos, é admitido no Setor de Emergência com dispneia progressiva há 3 dias. Exame físico: derrame pleural à direita. Toracocentese: proteína = 8mg/dL (sérica = 6,5mg/dL) e LDH = 400mg/dL (sérica = 160mg/dL); celularidade de 50 células com predomínio de polimorfonucleares; glicose = 80 mg/dL. A bacterioscopia, o BAAR, o *genexpert* e a cultura para germes comuns do líquido pleural (LP) foram negativos. Pode-se afirmar que o próximo exame mais pertinente a ser solicitado para elucidação diagnóstica é:**

- a) angiotomografia pulmonar
- b) dosagem da adenosina deaminase no LP
- c) sorologia para histoplasmoze
- d) fator antinuclear

**27. Homem, 70 anos, ex-tabagista (carga tabágica = 120 maços/ano, parou há 3 anos), com doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), apresenta tosse progressiva há 3 meses. Inicialmente, ele atribuiu a tosse ao DPOC, apesar da piora e mudança do caráter. No último mês, iniciou quadro de dispneia importante aos esforços e, então, agendou consulta com seu pneumologista para ajuste dos medicamentos. Hoje, foi admitido no Setor de Emergência com queixa de edema em face e pescoço, progressivos, com início há uma semana, e edema em membros superiores, há 24 horas. Exame**

**físico: turgência de veias do pescoço; edema discreto de membros inferiores (1+/4+) e edemas, mais acentuados, em face, pescoço, fossas supraclaviculares e membros superiores. Pode-se afirmar, sobre esse paciente, que:**

- a) deve ser internado para investigação e prescrever-se elevação da cabeceira, diuréticos, oxigênio suplementar e glicocorticosteroide, para reduzir o edema e o efeito de massa causado pela principal etiologia aventada
- b) o implante de *stent* em veia cava (radiologia intervencionista) é uma boa opção pela ausência, no momento, de diagnóstico histopatológico definitivo, já que esse é importante para determinar tratamento definitivo
- c) é importante a investigação do diagnóstico causal, mas o tratamento imediato da síndrome apresentada independe desse, portanto o paciente deve realizar radioterapia de urgência
- d) indica-se internação e realização de ecocardiograma e tomografia computadorizada de tórax com contraste para avaliação de estruturas mediastinais e torácicas, bem como suas relações com veias do sistema da cava inferior

**28. Homem, 68 anos, com cardiomiopatia dilatada, permanece em classe funcional III NYHA à despeito de tratamento clínico "otimizado".**

**Ecocardiograma: hipocinesia difusa de ventrículo esquerdo e fração de ejeção = 30%. Eletrocardiograma: bloqueio completo do ramo esquerdo com QRS = 160ms. Pode-se afirmar que a medida que pode garantir maior mudança de prognóstico e de qualidade de vida para esse paciente é a indicação de:**

- a) transplante cardíaco urgente
- b) cardiodesfibrilador interno apenas
- c) ressinchronizador cardíaco apenas
- d) ressinchronizador cardíaco com cardiodesfibrilador

**29. Homem, 80 anos, apresenta ao exame físico sopro aórtico mesossistólico rude (4+/6+) e pulso carotídeo de amplitude reduzida. Pode-se afirmar, neste caso, que o sintoma mais associado a um prognóstico ruim é a:**

- a) palpitação
- b) síncope
- c) angina
- d) dispneia

30. Mulher, 77 anos, há dois anos, apresenta quadro de poliartrite simétrica com fator reumatoide e teste do anticorpo do peptídeo citrulinado cíclico (anti-CCP) negativos. Radiografia: alterações compatíveis com osteoartrite das articulações metacarpofalangeanas, punhos, cotovelos, ombros, tornozelos e joelhos. Análise diagnóstica do líquido sinovial: cristais rombóides e na forma de bastonetes com birrefringência fracamente positivamente na microscopia pela luz polarizada. A causa secundária mais provável da osteoartrite desta paciente é doença por deposição de:

- a) apatita de cálcio
- b) urato monossódico
- c) pirofosfato de cálcio
- d) oxalato de cálcio

31. Mulher, 43 anos, não tabagista, em investigação de policitemia apresenta níveis de séricos de eritropoietina aumentados e saturação arterial de oxigênio normal. Pode-se afirmar que a etiologia mais provável desse quadro é:

- a) bronquiectasias
- b) policitemia vera
- c) *shunt* intracardíaco
- d) hemangioma cerebelar

32. Homem, 40 anos, iniciou fraqueza muscular proximal progressiva há 1 mês. Ele relata que fazia uso de estatina, porém após sua suspensão não houve melhora da fraqueza. Exames laboratoriais: anticorpo anti-HMGCR positivo. A hipótese diagnóstica mais provável é:

- a) miopatia necrotizante imunomediada
- b) polimiosite
- c) síndrome antissintetase
- d) miosite por corpúsculos de inclusão

33. Pode-se afirmar que a hidrocefalia de pressão normal, também conhecida como síndrome de *Hakim-Adams*, se caracteriza por:

- a) déficit cognitivo moderado; dificuldade de marcha e delírium
- b) déficit cognitivo leve; dificuldade de marcha e incontinência urinária
- c) alucinação; delírium e déficit cognitivo leve
- d) dificuldade de marcha; cefaleia e alucinação

34. Mulher, 28 anos, foi diagnosticada, em consulta de rotina, com HAS. Nega quaisquer sintomas ou uso de medicamentos. Exame físico: peso = 58kg; altura = 1,57m; pressão arterial sistêmica (PAS) = 170x100mmHg; frequência cardíaca (FC) = 80bpm; pulso regular; fáceis atípica; bom estado geral; tireoide normal à palpação. Exames laboratoriais iniciais: hemograma normal; ureia = 30mg/dL; creatinina = 0,7mg/dL; sódio = 140mEq/L; potássio = 3,6mEq/L; glicemia em jejum = 87mg/dL. O médico iniciou investigação de causas secundárias de HAS e solicitou novos exames laboratoriais, com os seguintes resultados: duas dosagens de concentração de aldosterona plasmática em repouso = 16,0 e 16,1ng/dL (valor de referência = 1-14ng/dL); duas dosagens de atividade plasmática de renina = ambas iguais a 0,2ng/mL/hora (valor de referência = 0,6-3,3 ng/mL/hora). Pode-se afirmar, neste caso, que:

- a) os valores de atividade plasmática de renina indicam uma causa secundária, especificamente o hiperaldosteronismo
- b) a ausência de hipocalcemia exclui prontamente o diagnóstico de hiperaldosteronismo primário
- c) a principal hipótese diagnóstica é feocromocitoma e, por isso, deve-se proceder à dosagem de metanefrinas urinárias
- d) o teste de sobrecarga com solução salina venosa pode ser realizado para se confirmar a principal hipótese diagnóstica

35. Homem, 75 anos, com HAS e DM tipo II, é admitido no Setor de Emergência com fibrilação atrial de alta resposta ventricular. É internado com proposta de cardioversão elétrica, porém em 24 hora do início dos sintomas ocorre reversão espontânea da arritmia. Pode-se afirmar que, na prevenção de eventos tromboembólicos, a terapêutica melhor indicada para uso contínuo nesse paciente é:

- a) clopidogrel
- b) apixabana
- c) ácido acetilsalicílico
- d) ácido acetilsalicílico e clopidogrel

36. Homem, 76 anos, com doença de *Parkinson* de longa data, em uso de levodopa, começa a apresentar perda da eficácia da medicação, com o benefício durando apenas cerca de 90 minutos (fenômeno *on-off*). Optou-se por aumentar a dose da levodopa. Nos momentos que ela estiver agindo (período *on*) há o risco, principalmente, do surgimento de:

- a) tremor de repouso
- b) rigidez
- c) instabilidade postural
- d) discinesias

37. Mulher, 30 anos, com DM tipo I, tem doença renal crônica estágio 5 e está em tratamento conservador. Na consulta de rotina, nega sintomas urêmicos. Exame físico: PAS= 150 x 90mmHg; atrito pericárdico à ausculta cardíaca; discreto edema no 1/3 inferior dos membros inferiores; aparelho respiratório e abdome sem alterações. Exames laboratoriais: ureia = 180mg/dL; creatinina = 6,6mg/dL; potássio = 4,5mEq/L e reserva alcalina 20mEq/L. Pode-se afirmar que a melhor opção terapêutica é:

- a) corticosteroide para tratamento da pericardite
- b) hemodiálise de urgência
- c) diurético de alça venoso
- d) tratamento conservador

38. Mulher, 65 anos, com diagnóstico recente de neoplasia de mama com metástase cerebral, está em uso de fenitoína há 21 dias. Há 3 dias, queixa-se de prostração, adinamia e febre (Tax = 38°C). Exame físico: exantema maculopapular em face e tronco; edema de face; linfonodomegalia cervical e axilar bilateral; ausência de hiperemia conjuntival ou lesões em mucosas. Exames laboratoriais: leucocitose com linfócitos atípicos e eosinofilia; aumento das transaminases; hemocultura negativa. Pode-se afirmar que a conduta terapêutica mais adequada é:

- a) trocar a fenitoína por fenobarbital
- b) pulsoterapia com ciclofosfamida venosa
- c) terapia empírica com amoxicilina com clavulanato venoso
- d) suspender a fenitoína e iniciar prednisona oral

39. Homem, 60 anos, sem comorbidades, peso = 70 kg, altura = 1,65m, encontra-se internado na unidade de terapia intensiva (UTI) há 18 horas com diagnóstico de choque séptico, de foco respiratório, e insuficiência respiratória aguda. Está em uso de noradrenalina na dose de 0,35µg/kg/min, mantendo pressão arterial sistêmica média (PAM) > 70mmHg nas últimas 6 horas; acoplado a prótese ventilatória em ventilação controlada a pressão (VPC), com relação pressão arterial de oxigênio (PaO<sub>2</sub>) / fração inspirada de oxigênio (FiO<sub>2</sub>) = 320; lactato, evolutivamente, diminuindo; débito urinário = 30ml/h. Pode-se afirmar que o melhor momento para o início de suporte nutricional deste paciente é:

- a) após completar 72 horas de internação
- b) quando houver movimentos peristálticos
- c) 48 horas após a suspensão da noradrenalina
- d) imediatamente

40. Mulher, 60 anos, apresenta cansaço progressivo há 4 meses. Exames laboratoriais iniciais: Ht = 22%; Hb = 7g/dL; volume corpuscular médio (VCM) = 115fL; leucócitos = 2.500/mm<sup>3</sup>; plaquetas = 65.000/mm<sup>3</sup>; reticulócitos normais; bilirrubina = 1,5mg/dL com predomínio de indireta; e LDH elevada. Pode-se afirmar que, provavelmente, o esfregaço periférico revelará:

- a) esferócitos
- b) macrovalócitos
- c) drepanócitos
- d) dacriócitos

41. Homem, 42 anos, que apresenta queixa de otalgia há 5 dias, evoluiu com febre nas últimas 48 horas. Hoje, apresentou sonolência e crise convulsiva. Exame físico: pupilas isocóricas; rigidez de nuca; sinal de Kernig presente. TC de crânio: imagem sugestiva de mastoidite à direita, sem lesões focais. Realizada punção lombar com pressão de abertura = 25mmHg e pressão de fechamento = 18mmHg. Pode-se afirmar que, inicialmente, a terapêutica melhor indicada é:

- a) cefepime + gentamicina
- b) ceftriaxone + vancomicina
- c) ceftriaxone + vancomicina + dexametasona
- d) cefuroxime + vancomicina + metilprednisolona

42. Homem, 60 anos, assintomático, está em pré-operatório de correção cirúrgica de hérnia inguinal. Na avaliação do risco cirúrgico, o exame dos elementos anormais do sedimento (EAS) evidenciou piúria. Foi, então, solicitada uma urinocultura que revelou *Escherichia coli* multissensível. Uma análise crítica desse caso indica que a conduta mais adequada seria:

- a) solicitar inicialmente apenas urinocultura e diante do resultado positivo prescrever antibiótico. Ou seja, NÃO pedir EAS, por este ser um exame inespecífico
- b) inicialmente, NÃO solicitar o EAS e nem a urinocultura. Porém se realizados, diante do resultado positivo encontrado na última, iniciar antibiótico
- c) a realizada, ou seja, solicitar inicialmente EAS e depois do resultado do com piúria, pedir urinocultura e diante da cultura positiva, iniciar antibiótico
- d) inicialmente, NÃO solicitar o EAS e nem a urinocultura. Porém se realizados, diante do resultado positivo dessa última, NÃO prescrever antibiótico

43. Mulher, 30 anos, relata fadiga, febre, sudorese noturna e emagrecimento. Evoluiu com redução da acuidade visual, que foi diagnosticado como uveíte anterior e posterior em atividade. Exame físico: lesões cutâneas nodulares, eritematosas e dolorosas nos membros inferiores; na face, lesões inflamatórias ao redor do nariz, olhos e bochechas, compatível com lúpus pérnio. Pode-se afirmar que a principal hipótese

diagnóstica e o metabolismo mineral, provavelmente, alterado são:

- a) sarcoidose / cálcio
- b) lúpus eritematoso sistêmico / magnésio
- c) granulomatose com poliangiíte / potássio
- d) hanseníase / fósforo

44. Pode-se afirmar, sobre os efeitos adversos ósseos da administração exógena de glicocorticosteroides, que:

- a) perda óssea pode ocorrer com qualquer via de administração, incluindo as formas inaladas e intra-articulares
- b) osteoporose e fraturas ósseas são complicações que acometem mais comumente idosos, ou seja os jovens estão livres de risco
- c) o risco de fratura depende da dose e do tempo de administração, assim, é ausente com o uso de 7,5 ou 5mg/dia de prednisona ou prednisolona
- d) a administração em dias alternados favorece a manutenção da massa óssea e diminui os riscos de osteoporose e fratura

45. Homem, 71 anos, foi submetido à paratireoidectomia inferior direita, há 2 dias, por hiperparatireoidismo primário. Nas últimas 12 horas, relata parestesia perioral e câimbras. Exames laboratoriais: cálcio corrigido pela albumina = 6,9mg/dL; fósforo = 1,9mg/dL. Pode-se afirmar que:

- a) esse paciente apresenta fome óssea como complicação pós-operatória
- b) trata-se de um quadro de hipoparatiroidismo como complicação pós-operatória
- c) a persistência do hiperparatiroidismo primário indica nova abordagem cirúrgica
- d) os exames laboratoriais estão normais para o período pós-operatório

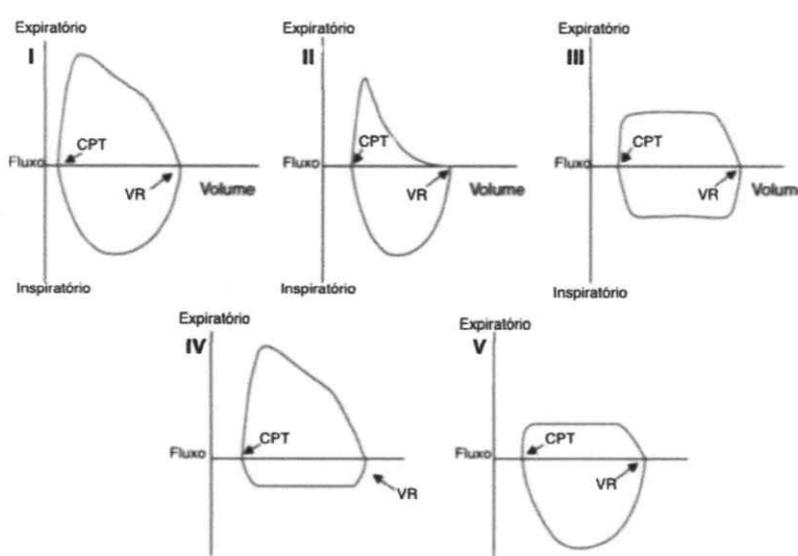
46. Homem, 45 anos, com HAS mal controlada, é admitido no Setor de Emergência com relato de disartria associada a ataxia da marcha e pico hipertensivo. TC de crânio sem contraste venoso: hemorragia cerebelar com aproximadamente 4cm de diâmetro, associada a oclusão parcial do IV ventrículo e dilatação dos ventrículos supratentoriais. Pode-se afirmar que a estratégia terapêutica melhor indicada é:

- a) controle dos níveis pressóricos
- b) drenagem cirúrgica do hematoma
- c) drenagem ventricular externa
- d) realização de arteriografia cerebral

47. Na avaliação dos pacientes críticos na terapia intensiva são utilizados diversos escores de gravidade, entre eles o escore de Avaliação Sequencial de Falência Orgânica (SOFA). O SOFA é composto pela classificação em escores de seis modalidades de órgãos ou sistemas orgânicos: respiratório (I), coagulação (II), fígado (III), cardiovascular (IV), sistema nervoso central (V), e renal (VI). Pode-se afirmar que compreende os critérios corretos a serem avaliados em cada modalidade:

- a) I:  $PaO_2/FiO_2$ ; II: plaquetas; III: bilirrubina; IV: PAM; V: confusão mental; VI: *clearance* de creatinina  
 b) I:  $PaO_2/FiO_2$ ; II: tempo de protrombina (INR); III: albumina; IV: PAM; V: Escala de coma de *Glasgow*; VI: Creatinina sérica  
 c) I:  $PaO_2/FiO_2$ ; II: plaquetas; III: bilirrubina; IV: PAM; V: escala de coma de *Glasgow*; VI: creatinina sérica  
 d) I: edema pulmonar na radiografia de tórax; II: plaquetas; III: bilirrubina; IV: uso de vasopressina; V: escala de coma de *Glasgow*; VI: creatinina sérica

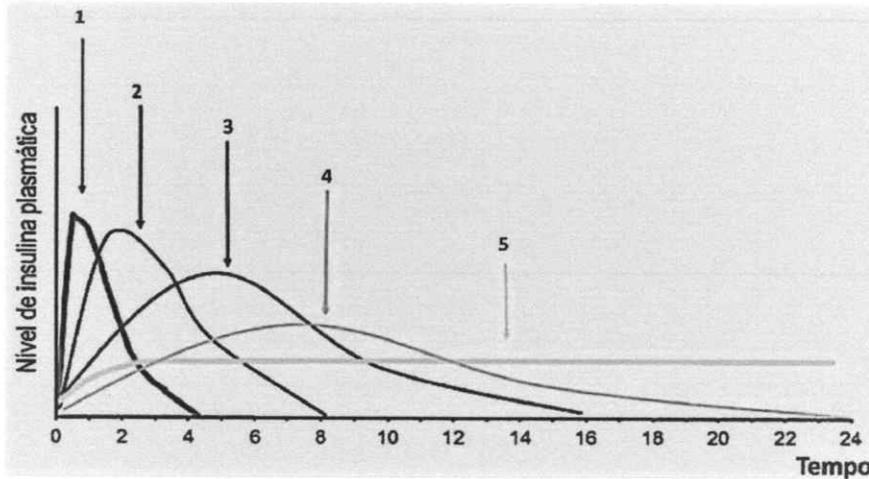
48. A figura a seguir mostra cinco curvas de fluxo-volume de testes de função pulmonar em diferentes condições clínicas. Considerando-se a curva I como uma curva normal, pode-se afirmar que a curva mais compatível com de um paciente com asma brônquica é a de número:



Legenda: CPT- capacidade pulmonar total, VR- volume residual

- a) II  
 b) III  
 c) IV  
 d) V

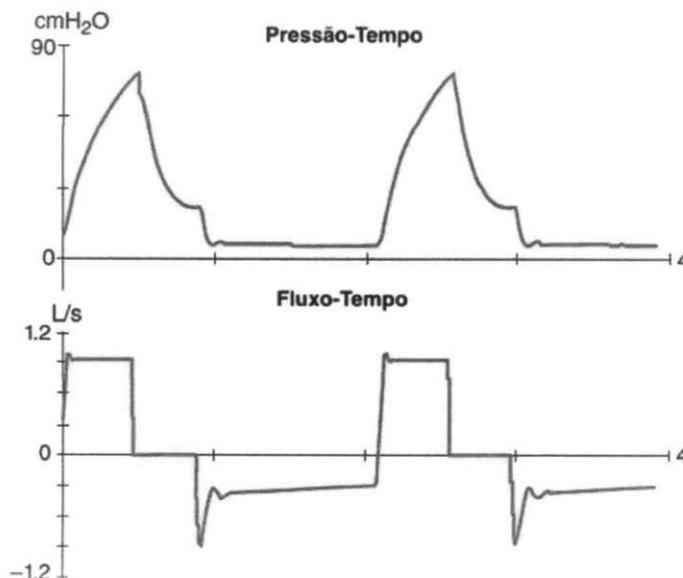
49. As preparações de insulina de uso corrente atual podem ser classificadas segundo seu tempo de ação. A figura a seguir representa o perfil de ação das diversas formulações (1, 2, 3, 4 e 5) com a evolução dos níveis plasmáticos ao longo do tempo após uma administração subcutânea:



Pode-se afirmar que a correlação correta entre a preparação de insulina e o perfil observado na figura é:

- a) 4 - insulina NPH
- b) 1- lispro
- c) 5 - aspart
- d) 3 - insulina regular

50. Homem, 73 anos, peso = 79kg, altura = 1,77m, com história prévia de DPOC encontra-se intubado em UTI no primeiro dia de pós-operatório de craniotomia para ressecção de tumor de fossa posterior. Pode-se afirmar, com os dados da figura a seguir das curvas de pressão-tempo e fluxo-tempo, que o fenômeno que está ocorrendo é:



- a) assincronia entre o paciente e o ventilador
- b) redução da resistência das vias aéreas
- c) auto-pressão expiratória final positiva (PEEP)
- d) redução da complacência da caixa torácica